

## Revisão da literatura

# Sintomas obsessivo-compulsivos nas demências

## Obsessive-compulsive symptoms in dementia

MARINA CERES SILVA PENA<sup>1</sup>, FRANCISCO DE ASSIS CARVALHO DO VALE<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Psicóloga, mestranda do Programa de Pós-graduação em Saúde Mental (PGSM) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

<sup>2</sup> Neurologista, orientador do PGSM-FMRP-USP, professor adjunto do Departamento de Medicina da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

Recebido: 16/2/2009 – Aceito: 4/5/2009

## Resumo

**Contexto:** Demências são cada vez mais prevalentes na população. Sintomas cognitivos costumam ser acompanhados de sintomas comportamentais e psicológicos das demências (SCPD), causando aumento do custo dos cuidados e da carga do cuidador. **Objetivos:** Identificar na literatura indexada até junho de 2008 artigos relacionados a estudos sobre a ocorrência de sintomas obsessivo-compulsivos (SOC) nas diversas síndromes demenciais para identificar prevalência, características e impacto nos cuidadores em termos de carga, qualidade de vida ou custo socioeconômico. **Métodos:** Procedeu-se à busca sistemática nos índices PubMed e LILACS, utilizando as palavras-chave *obsessive, compulsive, obsession, compulsion e dementia*, identificando-se 10 artigos. **Resultados:** Desses, cinco enfocavam primariamente os SOC, enquanto, nos outros cinco, SOC eram objetivos secundários; oito estudos relatavam exames de neuroimagem; oito relataram sintomas compulsivos; dois relataram sintomas obsessivos e compulsivos, enquanto nenhum trouxe sintoma simplesmente obsessivo. A maioria dos estudos aborda pacientes com demência frontotemporal. **Conclusão:** A análise dos 10 artigos evidenciou a escassez de investigação de SOC nas demências, a importância da neuroimagem para esse tipo de estudo e grande diversidade de instrumentos para avaliar os SOC. Nenhum artigo avaliou impacto dos SOC nos cuidadores, o que pode direcionar estudos futuros.

Pena MCS, Vale FAC / Rev Psiq Clín. 2010;37(3):124-30

**Palavras-chave:** Demência, sintoma obsessivo-compulsivo, revisão.

## Abstract

**Background:** Dementia is increasingly prevalent in the population. Cognitive symptoms are usually accompanied by behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD), causing an increase in the cost of care and the burden of the caregiver. **Objectives:** To search in the indexed literature until June 2008 articles related to studies on the occurrence of obsessive-compulsive symptoms (OCS) and trying to identify their prevalence, characteristics and impact on caregivers in terms of loading, quality of life and socioeconomic cost. **Methods:** A systematic search was performed in the PubMed and LILACS indexing services, using the keywords: *obsessive, compulsive, obsession, compulsion and dementia*, having been identified 10 articles. **Results:** Among those, five focused on primary OCS, while in the other five OCS were a secondary objective; eight studies reported test of neuroimaging procedures; eight reported compulsive symptoms; two reported both an obsessive and compulsive symptoms, while no study reported only obsession. The majority of the studies reported cases of frontotemporal dementia patients. **Discussion:** The analysis of the 10 articles identified in our search highlighted the scarcity on research on OCS and dementia, the importance of associating neuroimaging to this kind of research and the diversity of trials to evaluate OCS. No article evaluated the impact of OCS in caregivers, which could be a suggestion for future studies.

Pena MCS, Vale FAC / Rev Psiq Clín. 2010;37(3):124-30

**Keywords:** Dementia, obsessive-compulsive symptom, review.

## Introdução

Demências são condições clínicas caracterizadas por declínio cognitivo, incluindo memória e pelo menos mais dois domínios, com intensidade suficiente para interferir no funcionamento ocupacional e social da pessoa<sup>1,2</sup>. As demências destacam-se por sua alta prevalência, afetando cerca de 5% da população acima de 65 anos<sup>3</sup>, e por seu alto custo socioeconômico<sup>4</sup>.

No Brasil, um estudo populacional realizado em uma cidade do Estado de São Paulo demonstrou uma incidência de demência de 13,8 por 1.000 pessoas-ano e uma prevalência de 7,1% em pessoas com 65 anos ou mais<sup>5,6</sup>.

Diferentes tipos ou causas de demência podem ser distinguidos, como doença de Alzheimer, demência com corpos de Lewy, demência frontotemporal, demência vascular, demência da doença de Parkinson, entre outras.

Na avaliação médica de um paciente com uma possível demência, são fundamentais uma anamnese abrangente e detalhada, um exame físico geral detalhado e um exame cognitivo para avaliação da memória, atenção, linguagem, funções executivas, orientação, praxias, gnosias e funções visuoespaciais, entre outras funções cognitivas<sup>7</sup>. Os exames laboratoriais e os de neuroimagem auxiliam na identificação de sua etiologia.

Os sintomas não cognitivos que ocorrem nos quadros demenciais são denominados sintomas comportamentais e psicológicos das demências (SCPD) e ocorrem ao longo da evolução da doença em cerca de 60% dos pacientes demenciados<sup>8,9</sup>.

Os SCPD incluem delírios, alucinações, agitação, agressão, depressão, mania, ansiedade, apatia, desinibição, irritação, comportamento motor aberrante, alterações do sono, alterações alimentares, alterações da personalidade, sintomas obsessivo-compulsivos (SOC), entre outros.

Instituição onde o trabalho foi realizado: Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Endereço para correspondência: Marina Ceres Silva Pena, A/C Ivana Geraldo Cintra Faria. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Av. Tenente Catão Roxo, 2650 – 14051-140 – Ribeirão Preto, SP. Telefone: (16) 3602-4607. Fax: (16) 3602-4605. E-mail: [marina\\_kcond@yahoo.com.br](mailto:marina_kcond@yahoo.com.br)

Os SCPD são relevantes porque, além de frequentes, estão associados com maior desgaste do cuidador, maior morbidade, declínio cognitivo mais rápido, aumento do risco de institucionalização precoce e do custo com os cuidados adequados<sup>8,10-13</sup>.

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é um transtorno do espectro ansioso, caracterizado por presença de obsessões e/ou compulsões recorrentes suficientemente severas para consumir tempo (mais de 1 hora por dia), causar sofrimento ou prejuízo acentuado e interferir significativamente nas atividades rotineiras, funcionais e ocupacionais do indivíduo<sup>14</sup>.

Obsessões são respostas encobertas, ideias, pensamentos, imagens persistentes, vivenciadas como intrusivas e inadequadas pelo indivíduo, causando intensa ansiedade e sofrimento. As obsessões mais comuns são relacionadas a contaminação, dúvida sobre seus próprios atos, organização simétrica de objetos, impulsos agressivos e imagens sexuais<sup>14</sup>.

Compulsões se referem a comportamentos como limpeza, contagem, verificação, repetições, colecionismo e ordenação de objetos. Apesar de produzirem alívio, essas respostas deixam o indivíduo sobre o controle das compulsões em vez de ficar sobre o controle de estímulos ambientais. Esse padrão de fuga-esquiva afeta o desempenho em tarefas cognitivas que exigem concentração, assim como o desempenho geral do indivíduo<sup>14</sup>.

Os SOC caracterizam-se por pensamentos intrusivos e reverberantes, além de comportamentos compulsivos e repetitivos, a semelhança do que ocorre no TOC.

## Objetivo

Identificar, na literatura, artigos relacionados a estudos sobre a ocorrência de sintomas obsessivo-compulsivos (SOC) nas diversas síndromes demenciais para identificar prevalência, características e impacto nos cuidadores em termos de carga, qualidade de vida ou custo socioeconômico.

## Métodos

### Estratégia de busca

Realizou-se uma busca sistemática nos indexadores eletrônicos PubMed e LILACS utilizando-se as palavras-chave “*obsessive OR compulsive AND dementia*” e “*obsession OR compulsion AND dementia*”. Os termos foram buscados utilizando os seguintes limites: pesquisa com seres humanos; línguas: português, inglês e espanhol; contendo as palavras-chave no título/resumo.

### Critério de inclusão

Utilizaram-se como critérios de inclusão artigos escritos em língua portuguesa, espanhola e inglesa; indexados até junho de 2008; tipos de estudos: casuística, levantamento epidemiológico; artigos pertinentes ao tema.

Artigos pertinentes ao tema foram aqueles que relataram pacientes com demência e SOC. Artigos que descreveram pacientes somente com demência, pacientes somente com SOC ou TOC, ou pacientes sem demência e sem SOC foram excluídos.

### Critérios de exclusão

Adotaram-se como critério de exclusão: artigos de revisão, relatos de caso, cartas e artigos que não se enquadrassem no objetivo proposto.

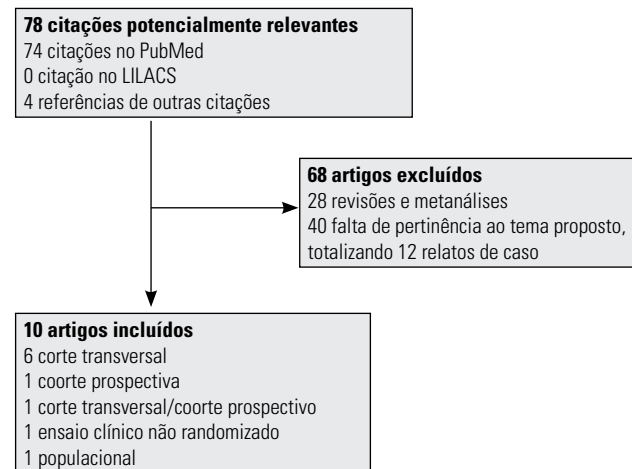
### Extração de dados

Os títulos obtidos foram rastreados e os artigos lidos tiveram seus dados extraídos e categorizados em uma planilha segundo autor, ano de publicação, título do artigo, país de origem do estudo, tipo de demência estudada, outras doenças associadas ao quadro demencial, tipo do estudo, número de participantes, sexo, faixa etária, escolaridade, testes utilizados, exames de imagem, SOC apresentados, outros sintomas neuropsiquiátricos relatados, objetivos, procedimentos, resultados e conclusões/discussões de cada estudo.

Com o cruzamento das palavras-chave, foram encontrados 74 artigos no PubMed e nenhum no LILACS. Após a identificação dos artigos, procedeu-se à leitura dos resumos para seleção dos estudos a serem analisados, selecionando-se outras quatro referências encontradas nas bibliografias dos artigos lidos que não haviam sido identificados anteriormente, somando 78 artigos. Com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram então identificados 10 artigos<sup>15-24</sup>, que foram objetos de análise nesta revisão (Figura 1). Foram revisados também 12 relatos de caso<sup>25-36</sup> que serão descritos brevemente.

## Resultados

Com o cruzamento das palavras-chave, foram encontrados 74 artigos no PubMed e nenhum no LILACS. Após a identificação dos artigos, procedeu-se à leitura dos resumos para seleção dos estudos a serem analisados, selecionando-se outras quatro referências encontradas nas bibliografias dos artigos lidos que não haviam sido identificados anteriormente, somando 78 artigos. Com a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram então identificados 10 artigos<sup>15-24</sup>, que foram objetos de análise nesta revisão (Figura 1). Foram revisados também 12 relatos de caso<sup>25-36</sup> que serão descritos brevemente.



**Figura 1.** Fluxograma de busca dos artigos nos bancos de dados e tipo dos estudos encontrados.

Tais produções<sup>15-24</sup> foram publicadas entre os anos de 1995 e 2007, com quatro publicações em 2005. Com relação ao tipo de estudo, seis eram corte transversal, um coorte prospectiva, um corte transversal/coorte prospectivo, um ensaio clínico não randomizado e um populacional (Tabela 1).

Cinco estudos enfocavam como objetivo primário os SOC, enquanto, nos outros cinco, SOC eram objetivos secundários. Os pacientes dos artigos relatados não possuíam diagnóstico de TOC; apresentavam SOC semelhantes ao desse transtorno psiquiátrico, sem, contudo, preencher os critérios para tal diagnóstico.

Nos 10 artigos revisados, havia casos de demência do tipo frontotemporal (9), demência vascular (1), demência semântica (1), demência não especificada (2) e com etiologia a doença de Alzheimer (4). A essas demências, somente um dos estudos<sup>17</sup> descrevia outras doenças associadas.

Com relação a número e gênero dos pacientes, os artigos são diversificados, indo de estudos com 15 pacientes a estudos que avaliavam 585 pacientes. A escolaridade dos pacientes não foi citada em metade dos artigos e, na outra metade, as médias de escolaridade citadas variaram entre 11,0 e 14,2. Todos os artigos mencionam a idade média dos pacientes, que variou entre 54 a 88 anos. Exames de neuroimagem foram relatados em oito artigos, sendo: SPECT cerebral (8), ressonância magnética de encéfalo (4), tomografia computadorizada de crânio (2) e PET encefálico (1). Esses dados encontram-se pormenorizados na tabela 2.

Utilizaram-se diversas escalas, questionários, testes e inventários para avaliar o desempenho cognitivo dos pacientes nos vários estudos, mas os dados foram sumarizados focando nos mais utilizados no Brasil: o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) e a Avaliação

**Tabela 1.** Descrição de autor, ano, país, tipo de estudo, número de participantes e demência estudada em cada artigo

Autor/Ano	País	Tipo do estudo	N	Demência
Miller <i>et al.</i> <sup>15</sup> , 1995	Estados Unidos	Corte transversal	28	DFT e DA
Mendez <i>et al.</i> <sup>16</sup> , 1997	Estados Unidos	Corte transversal	77	DFT e DA
Stein <i>et al.</i> <sup>17</sup> , 1997	África do Sul	Corte transversal	100	DA, DV e demência não especificada
Gregory <sup>18</sup> , 1999	Reino Unido	Corte transversal/coorte prospectivo	15	DFT
Rosso <i>et al.</i> <sup>19</sup> , 2001	Holanda	Populacional	87	DFT
Snowden <i>et al.</i> <sup>20</sup> , 2001	Reino Unido	Corte transversal	41	DFT e demência semântica
Mendez e Perryman <sup>21</sup> , 2002	Estados Unidos	Coorte prospectiva	53	DFT
Marx e Cohen-Mansfield <sup>22</sup> , 2003	Estados Unidos	Corte transversal	585	Demência não especificada
Mendez <i>et al.</i> <sup>23</sup> , 2005	Estados Unidos	Corte transversal	36	DFT e DA
Mendez <i>et al.</i> <sup>24</sup> , 2007	Estados Unidos	Ensaio clínico não randomizado	24	DFT

N: número de participantes; DFT: demência frontotemporal; DA: doença de Alzheimer; DV: demência vascular.

**Tabela 2.** Descrição de autor e ano de publicação, número de pacientes, demência estudada, gênero, idade, escolaridade e exames de neuroimagem realizados

Autor/Ano	N e demência	Gênero	Idade (média em anos)	Escolaridade (média em anos)	Exames de neuroimagem realizados
Miller <i>et al.</i> <sup>15</sup> , 1995	14 DFT e 14 DA	12F e 16M	DFT = 63, DA = 70,5	NA	MRI, SPECT
Mendez <i>et al.</i> <sup>16</sup> , 1997	29 DFT e 48 DA	48F e 29M	DFT = 63,38, DA = 73,89	DFT = 14,20, DA = 13,73	SPECT
Stein <i>et al.</i> <sup>17</sup> , 1997	(100) DA, DV e demência não especificada	55F e 45M	67	NA	NA
Gregory <sup>18</sup> , 1999	15 DFT	6F e 9M	62	11	CT, SPECT
Rosso <i>et al.</i> <sup>19</sup> , 2001	87 DFT	56F e 31M	54,8	NA	CT, MRI, SPECT
Snowden <i>et al.</i> <sup>20</sup> , 2001	30 DFT e 11 demência semântica	22F e 19M	DFT-A = 61, DFT-D = 54, demência semântica = 58	NA	SPECT, MRI
Mendez e Perryman <sup>21</sup> , 2002	53 DFT	22F e 31M	63,1	14,4	SPECT
Marx e Cohen-Mansfield <sup>22</sup> , 2003	585 demência não especificada	433F e 152M	80 e 85 para cada grupo	NA	NA
Mendez <i>et al.</i> <sup>23</sup> , 2005	18 DFT e 18 DA	18F e 18M	DFT = 61, DA = 66	DFT = 14, DA = 13	PET, SPECT
Mendez <i>et al.</i> <sup>24</sup> , 2007	24 DFT	12F e 12M	DFT tratamento = 60,8, DFT não tratamento = 61,5	DFT tratamento = 14,17, DFT não tratamento = 13,92	SPECT MRI

N: número de pacientes; DFT: demência frontotemporal; DA: doença de Alzheimer; DV: demência vascular; F: feminino; M: masculino; CT: tomografia computadorizada de crânio; MRI: ressonância magnética de encéfalo; SPECT: tomografia encefálica por emissão de fóton; PET: tomografia encefálica por emissão de pósitron; NA: não apresenta dados.

**Clínica da Demência (CDR).** O MEEM<sup>37</sup> é um instrumento de rastreio de comprometimento cognitivo que avalia orientação, registro de três palavras, atenção e cálculo, recordação, linguagem, praxia e função executiva. Já a CDR<sup>38</sup> é um instrumento que orienta o clínico a categorizar o paciente de acordo com sua memória, orientação, julgamento e resolução de problemas, atividades comunitárias/lar/passatempos, cuidados pessoais, obtendo uma CDR média de 0 = sem demência, 0,5 = demência muito leve, 1 = demência leve, 2 = demência moderada ou 3 = demência grave. O MEEM não foi citado em dois trabalhos; nos oito que informaram, os escores variaram entre 10 e 30. A CDR não foi mencionada em seis artigos e, nos quatro em que foi mencionada, os resultados foram apresentados como média e desvio-padrão, apesar de serem dados categoriais.

Para avaliação dos pacientes quanto a SCPD, foram utilizados instrumentos diversos. Listando os instrumentos utilizados pelos artigos revisados para avaliar seus pacientes, têm-se: questionário sobre mudanças alimentares/sexualidade/compulsões, Escala de Depressão de Hamilton (Ham-D), Escala de Avaliação Psicopatológica Abrangente (CPRS), uma entrevista comportamental semiestruturada desenvolvida pelos próprios autores do estudo, Inventário de Agitação Cohen-Mansfield (CMAI), BEHAVE-AD, Escala de Movimentos Involuntários Anormais (AIMS), *checklist* de comportamentos compulsivos.

Quanto à divisão entre sintomas obsessivos ou compulsivos (Tabelas 3 e 4), oito estudos relatavam sintomas compulsivos, dois relatavam características obsessivas e compulsivas, enquanto nenhum trazia sintoma simplesmente obsessivo (Tabela 2). Para facilitar sua

análise, esses SOC foram categorizados segundo a escala YBOCS<sup>39,40</sup>, instrumento traduzido para o português e largamente utilizado para medir gravidade específica de SOC. Os SOC categorizados dizem respeito a compulsões por limpeza/lavagem (2), verificação (4), rituais de repetição (7), contagem (2), ordenação/arranjo (2), colecionismo/acúmulo (2), compulsões diversas (18), compulsões não especificadas (2), obsessões sexuais (1) e obsessões diversas (1).

Cinco artigos mencionaram outros SCPD além de SOC. Houve relatos de agitação, agressão, alimentação excessiva/diminuída, alucinação, comportamento interpessoal/social anormal, delírio, depressão, desinibição, diminuição da iniciativa, diminuição de *insight*, diminuição do “*output* verbal”, distúrbio de regulação da personalidade, distúrbios do sono, egoísmo, exploração oral de objetos, flutuação emocional, hipocondria, inércia, irritabilidade, mania, menos seletivo/discriminativo ao se alimentar, mudança de preferência alimentar, negligência de higiene, passividade, perda de consciência da dor, perda de constrangimento, perda de emoções básicas, perda de tato verbal, perda geral de interesse, procura por alimento, busca de contato social, psicose, reação exagerada a dor/frio/calor. Agrupando esses SCPD em 12 domínios segundo o Inventário Neuropsiquiátrico – INP<sup>41</sup>, instrumento utilizado para rastreio de psicopatologias em pacientes com doenças cerebrais, pode-se dizer que os artigos referem-se a sintomas de delírios (1), alucinações (1), agitação/agressão (1), depressão/disforia (2), ansiedade (0), elação/disforia (1), apatia/indiferença (1), desinibição (0), irritação/labilidade (0), comportamento motor aberrante (0), sono (1), apetite/alteração alimentar (1) e outros (7).

**Tabela 3.** Descrição de autor, ano de publicação e dos sintomas obsessivo-compulsivos descritos em cada estudo

Autor/Ano	SOC
Miller <i>et al.</i> <sup>15</sup> , 1995	Idas repetitivas ao banheiro, barbear frequente, limpeza compulsiva, colecionar cupons, entra em vários concursos, tomar bebidas em uma sequência específica
Mendez <i>et al.</i> <sup>16</sup> , 1997	Checação repetitiva, ritual de limpeza, checagem da hora, vestir-se ou despir-se repetitivamente, idas repetitivas ao banheiro para urinar, visualização repetitiva de pornografia, organizar papéis em uma ordem exata na escrivaninha, filmagem repetitiva de tudo na TV, necessidade de parar o carro exatamente no mesmo lugar, necessidade de ter lenços nos bolsos em todo momento, necessidade de arrumar garrafas de prescrição na mesma ordem, vocalização repetitiva estereotipada
Stein <i>et al.</i> <sup>17</sup> , 1997	Colecionismo
Gregory <sup>18</sup> , 1999	Checação, contagem
Rosso <i>et al.</i> <sup>19</sup> , 2001	Compulsão visual, preocupação com certas ideias, verificação, contagem fixação em atividades específicas e em tempos
Snowden <i>et al.</i> <sup>20</sup> , 2001	Estereótipos motores, comportamentos repetitivos complexos, estereótipos verbais, vagueação, estimulação
Mendez e Perryman <sup>21</sup> , 2002	Mudança de discurso, idas ao banheiro, checagem, rotinas motoras, tricotilomania, estalar os lábios, esfregar as mãos, bater palmas, contar em voz alta, sussurrar
Marx e Cohen-Mansfield <sup>22</sup> , 2003	Colecionismo compulsivo
Mendez <i>et al.</i> <sup>23</sup> , 2005	Comportamento tipo compulsivo
Mendez <i>et al.</i> <sup>24</sup> , 2007	Atos compulsivos ou desinibidos, comportamentos repetitivos

SOC: sintomas obsessivo-compulsivos; SNP: sintomas neuropsiquiátricos; NA: não apresenta.

**Tabela 4.** Autor, ano, número de pacientes, tipo de demência e distribuição dos sintomas obsessivo-compulsivos segundo cada estudo baseado nos resultados e conclusões/discussões

Autor/Ano	N e demência	Resultados	Conclusão/Discussão
Miller <i>et al.</i> <sup>15</sup> , 1995	14 DFT e 14 DA	Compulsões persistentes e graves foram encontradas em 64% dos DFT e em 14% dos DA	É possível que algumas dessas compulsões sejam devidas a uma disfunção no lobo temporal anterior; tratamento com fluoxetina ou clomipramina deveria ser estudado com potenciais terapias
Mendez <i>et al.</i> <sup>16</sup> , 1997	29 DFT e 48 DA	Dos 29 DFT, 11 (38%) tinham comportamentos compulsivos comparados a 5 (10%) dos 48 DA	Comportamentos compulsivos são sintomas comumente presentes em DFT
Stein <i>et al.</i> <sup>17</sup> , 1997	(100) DA, DV e demência não especificada	História de colecionamento foi obtida em 12 pacientes, mas foi considerada clinicamente significativa em 5 deles	Colecionamento não é incomum em pacientes geriátricos e está associado à esquizofrenia paranoide e demência
Gregory <sup>18</sup> , 1999	15 DFT	Dos 50 pacientes avaliados, somente 1 foi diagnosticado como tendo SOC	É um estudo inicial e enfatiza necessidade de grupos de DFT serem diferenciados
Rosso <i>et al.</i> <sup>19</sup> , 2001	87 DFT	Comportamento compulsivo complexo foi relatado em 21% e comportamento compulsivo simples em 61% dos pacientes da amostra; atrofia estava presente em 74% dos pacientes e era predominantemente temporal (26%)	Atrofia no lobo temporal aparece em pacientes com DFT e comportamento compulsivo complexo, sendo especialmente assimétrica
Snowden <i>et al.</i> <sup>20</sup> , 2001	30 DFT e 11 demência semântica	Houve diferença entre pacientes com demência semântica e DFT que diz respeito a emoções e comportamentos avaliados	Os achados enfatizam diferenças comportamentais, em que o lobo frontal seria mediador de emoções e a disfunção no lobo temporal levaria à determinação de comportamentos compulsivos
Mendez e Perryman <sup>21</sup> , 2002	53 DFT	No final dos 2 anos, 83% preenchiam todos os critérios para DFT e 20% desenvolveram síndrome de Klüver-Burg	Avaliou-se o consenso entre os critérios para DFT usando Lundt e Manchester e neuroimagem funcional; um maior aperfeiçoamento desses critérios é necessário
Marx e Cohen-Mansfield <sup>22</sup> , 2003	585 demência não especificada	15% <i>nursing home residents</i> e 25% <i>community day-care</i> manifestaram colecionamento	Houve colecionamentos diferentes dos descritos na literatura, mas disfuncionais; 44% dos participantes demenciados apresentavam colecionamento; pacientes com sintomas de colecionamento tendem a ser mais saudáveis, ter mais apetite, tomar menos medicação, ter menos doenças associadas, ser mais funcionais que os sem sintomas
Mendez <i>et al.</i> <sup>23</sup> , 2005	18 DFT e 18 DA	Todos DFT tiveram mais movimentos estereotipados que DA e todos DFT tiveram comportamento tipo compulsivo	Comportamentos tipo compulsivos parecem ter a mesma causa fisiopatológica que os pacientes com movimentos estereotipados; ambos melhoraram com a administração de sertralina
Mendez <i>et al.</i> <sup>24</sup> , 2007	24 DFT	O grupo tratado com donepezil teve piora no <i>FTD Inventory</i> ; 4 dos pacientes tratados tiveram aumento de comportamentos desinibidos ou compulsivos com a descontinuação da medicação	Não houve mudança na <i>performance</i> cognitiva global, mas os pacientes tratados com donepezil tiveram piora dos sintomas

N: número de pacientes; DFT: demência frontotemporal; DA: doença de Alzheimer; DV: demência vascular; SOC: sintoma obsessivo-compulsivo.

Nenhum dos artigos revistos avaliou a qualidade de vida nos pacientes com demência e SOC, assim como não avaliou o impacto desses SOC nos cuidadores no que diz respeito à carga, à qualidade de vida ou ao custo socioeconômico.

Foram revistos também 12 relatos de caso<sup>25-36</sup> que serão descritos brevemente (Tabela 5). Desses, seis estudos enfocaram primariamente os SOC e, nos outros seis estudos, SOC eram objetivos secundários. Além das demências estudadas, quatro dos estudos não descreviam

**Tabela 5.** Autor, ano, número de pacientes, tipo de demência, idade, escolaridade e sintomas obsessivo-compulsivos encontrados em cada estudo

Autor	N	Demência	Idade e sexo	Escolaridade (média em anos)	SOC
Vuilleumier <i>et al.</i> <sup>25</sup> , 1997	1	Demência secundária à anoxia pós-PCR*	65 M	NA	Compulsão em agarrar e manipular objetos ao alcance, inclinação para cheirar objetos
Ohara <i>et al.</i> <sup>26</sup> , 1999	3	DCL	51 M, 45 M, 58 F	NA	Comportamentos compulsivos sem descrição
Trapler <sup>27</sup> , 1999	1	DA	93 F	NA	Obsessão em lembrar nome de pessoas famosas, compulsão por fazer listas
Byard <sup>28</sup> , 2001	1	DV	74 M	NA	Ingestão compulsiva de alimentos e de outros objetos, incluindo material fecal
Lough e Hodges <sup>29</sup> , 2002	1	DFT	57 M	17	Contagem, checagem
Honing <i>et al.</i> <sup>30</sup> , 2003	1	DFT	47 M	NA	Obsessão em dirigir fora do estado e em assistir à televisão
Rico <i>et al.</i> <sup>31</sup> , 2003	1	Demência secundária à doença de Huntington	50 M	NA	Recusa em comer certos alimentos, recusa em tocar objetos que tenham sido tocados por outros, ritual de checagem
Fuentes <i>et al.</i> <sup>32</sup> , 2005	1	DFT	62 M	12	Condutas obsessivas
Marelli <i>et al.</i> <sup>33</sup> , 2005	2	Demência secundária à PKAN**	21 M, 19 M	NA	Compulsão em tocar e cheirar objetos, comportamentos repetitivos, atos exploratórios compulsivos
Termine <i>et al.</i> <sup>34</sup> , 2005	1	Demência secundária à infecção	17 M	NA	Caminhada compulsiva determinadas horas por dia, ideias compulsivas, tendência a falar repetidamente sobre suas ideias
Karnik <i>et al.</i> <sup>35</sup> , 2006	1	DFT	64 F	NA	Limpeza, simetria
Porter <i>et al.</i> <sup>36</sup> , 2007	2	DFT	34 M, 36 M	NA	Urinação compulsiva, checagem, comer compulsivo, idas repetitivas ao banheiro

N: número de participantes; DA: doença de Alzheimer; DCL: demência com corpos de Lewy; DFT: demência frontotemporal; DV: demência vascular; M: masculino; F: feminino; NA: não apresenta; SOC: sintomas obsessivo-compulsivos.

\* Parada cardiorrespiratória;

\*\* Neurodegeneração associada a pantotenato quinase é uma doença autossômica recessiva rara decorrente de mutações causadas no gene pantotenato quinase 2 (PANK2) que codifica a pantotenato quinase, uma enzima regulatória essencial na biossíntese da coenzima-A. Pacientes com PKAN apresentam distonia, parkinsonismo e acúmulo de ferro no cérebro<sup>39</sup>.

outras doenças associadas, enquanto oito descreviam algum tipo de patologia importante associada, como epilepsia, cardiopatia e história de consumo excessivo de álcool.

A idade dos pacientes só foi citada em dois artigos. A escolaridade desses pacientes não foi citada em 10 artigos e foi citada em dois. Exames de neuroimagem foram relatados em três produções, enquanto em nove não havia nenhuma referência a elas. O MEEM teve seu escore citado em sete estudos e a CDR não foi informada em nenhum artigo.

Outros SCPD, além de SOC, foram mencionados em sete artigos. Esses SCPD encontrados foram agrupados nos 12 domínios segundo o INP, resumindo sintomas de delírios (4), alucinações (2), agitação/agressão (1), depressão/disforia (3), ansiedade (0), elação/disforia (3), apatia/indiferença (2), desinibição (5), irritação/labilidade (2), comportamento motor aberrante (0), sono (1), apetite/alteração alimentar (2), outros (11).

Com relação à sintomatologia obsessiva/compulsiva, sete dos artigos relatavam sintomas compulsivos, dois relatavam sintomas predominantemente obsessivos e três relatavam sintomas com traços obsessivos e compulsivos. Para facilitar sua análise, esses SOC foram categorizados segundo a YBOCS. No que diz respeito às obsessões, foram citadas: obsessões diversas (2), obsessão por contaminação (1) e obsessões não especificadas (1). Já com relação às compulsões, foram encontrados comportamentos compulsivos por limpeza/lavagem (1), verificação (3), rituais de repetição (1), contagem (1), ordenação/arranjo (1), colecionismo/acúmulo (0), diversas (14) e não especificadas (1).

## Conclusão

Obsessões e compulsões podem ser sintomas de diferentes transtornos mentais, doenças físicas e efeitos medicamentosos. O TOC é um quadro caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões recorrentes, suficientemente severas para ocupar boa parte do tempo do paciente, causando um comprometimento geral importante. Mas o TOC apresenta vasta fenomenologia e gravidades diversas, além aparecer em comorbidade com outras patologias, como, por exemplo, transtornos ansiosos e depressivos. Estima-se que, entre adultos, o TOC tenha uma prevalência em torno de 1,0% e, ao longo da vida,

de 2,0% a 2,5%, em diferentes populações<sup>42</sup>. Apesar do grande sofrimento, costuma ser subdiagnosticado e subtratado<sup>43</sup>.

Parece que o que acontece com SOC e demência é semelhante ao TOC, pois, apesar de haver muitos estudos relacionados à ocorrência de SCPD, a análise dos 10 artigos evidenciou a escassez de investigação de SOC nas demências, o que também é evidenciado pelo grande número de relatos de caso (12) e também pelo número de enfoque de SOC como objetivo primário (cinco estudos).

Mesmo entre os SOC relatados, sua natureza foi muito diferente, tornando difícil sua comparação, até mesmo após sua categorização pelo YBOCS, uma vez que as compulsões tidas como “diversas” são em maior número. Isso pode ser explicado pelos diversos instrumentos utilizados na avaliação dos sintomas.

Estudos neuropsicológicos envolvendo pacientes com TOC têm sugerido que esse transtorno está associado a uma disfunção de estruturas frontoestriais. As principais funções estudadas têm sido memória para ações, monitoração da realidade, memória não verbal, habilidades visuoespaciais, velocidade na realização dos testes e funções executivas<sup>44</sup>.

Modelos neuroanatômicos mostrando alterações estruturais e funcionais envolvendo córtex orbitofrontal, cíngulo anterior, gânglios da base e tálamo têm sido propostos para o TOC<sup>45</sup>. Semelhantemente ao que se observou no TOC<sup>46,47</sup>, notou-se uma relação entre SOC e achados de exames de neuroimagem. Mendez *et al.*<sup>16</sup>, que detectaram comportamentos compulsivos em 29 dos pacientes com demência frontotemporal (DFT) e em cinco dos pacientes com doença de Alzheimer (DA), associam o maior número de pacientes com SOC e DFT em função da semelhança das mudanças de neuroimagem ocorrida em ambos.

Stein *et al.*<sup>17</sup>, que diagnosticaram colecionismo clinicamente significativo em cinco dos 100 pacientes admitidos para internação geriátrica em um hospital psiquiátrico, supõem que o córtex pré-frontal, os gânglios basais e o tálamo estejam envolvidos.

Rosso *et al.*<sup>19</sup> colocam em seu artigo que o comportamento repetitivo possui um espectro de complexidade, tendo em um extremo as repetições motoras e verbais simples e, em outro extremo, o comportamento compulsivo complexo (CCC). Comportamento compulsivo simples (CCS) seriam ações repetitivas motoras ou verbais e comportamentos dependentes do meio ambiente, mas não



geradas internamente, enquanto CCC consistiria em comportamentos (certas ideias ou atividades) complexos, intencionais e com um consumo de tempo (mais de 1 hora por dia), resultando em uma interferência em atividades de vida diária.

Os mesmos autores<sup>19</sup> encontraram CCC em 21% dos 90 pacientes com DFT de seu estudo populacional. CCC foi associado com atrofia temporal e atrofia difusa, mas não atrofia de caudado.

Snowden *et al.*<sup>20</sup> encontraram uma disfunção no lobo frontal e córtex dorsolateral, levando a comportamentos repetitivos elementares e perseverações, enquanto disfunção do orbitofrontal e do lobo frontal estaria mais associada a rotinas de comportamentos repetitivos mais elaborados.

Mendez *et al.*<sup>23</sup>, estudando movimentos estereotipados na DFT, discutem que estereotipias e compulsões podem ser um contínuo de movimentos repetitivos que resultam de lesões do caudado e do orbitofrontal. Pacientes com DFT costumam ter lesões no lobo frontal e nos gânglios da base (principalmente núcleo caudado), além do que todos os pacientes do estudo apresentavam estereotipias e havia sugestões de lesões no circuito frontoestriatal, segundo exames de PET e SPECT cerebral.

O grande número de estudos envolvendo DFT (nove) se deve ao fato de que as características das mudanças comportamentais (como alteração da personalidade, diminuição do autocuidado, desinibição e impulsividade), cognitivas (como perda de memória, déficit nas funções executivas e visuoespaciais, além de distúrbio de linguagem) e de neuroimagem (alterações nos lobos frontal e temporal) ocorridas na DFT tornam esse tipo de demência o mais propício a desenvolver SOC. Além disso, Mendez *et al.*<sup>16</sup> citam estudos que indicam que tanto pacientes com DFT quanto pacientes com TOC têm dificuldade em suprimir respostas e inibir comportamentos.

Torresan *et al.*<sup>48</sup> apontam que, apesar do pequeno número de estudos sobre o impacto do TOC na qualidade de vida, há indícios de que esse impacto possa ser devastador, afetando negativamente aspectos como o acadêmico, ocupacional social e familiar, além de seu alto custo social com pagamento de seguro-desemprego, auxílios-doença e uso dos serviços de saúde em geral.

Não foi encontrado nenhum artigo que avaliasse qualidade de vida nos pacientes com demência e SOC, muito menos o impacto desses SOC nos cuidadores em termos de carga, qualidade de vida ou custo socioeconômico. Na direção de futuros estudos, faz-se necessário estudar melhor esse SCPD e seu impacto em pacientes demenciados.

## Agradecimentos

Este trabalho teve o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo n. 130544/2008-6. Modalidade: Bolsa de Formação de Pesquisador de Mestrado, cuja beneficiária foi Marina Ceres Silva Pena.

## Referências

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition (DSM-IV). 4th ed. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
- Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão (CID-10). 4ª edição. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 1994.
- Ritchie K, Lovestone S. The dementias. *Lancet*. 2002;360(9347):1759-66.
- Rice DP, Fillit HM, Max W, Knopman DS, Lloyd JR, Duttagupta S. Prevalence, costs, and treatment of Alzheimer's disease and related dementia: a managed care perspective. *Am J Manag Care*. 2001;7(8):809-18.
- Herrera-Jr E, Caramelli P, Silveira AS, Nitrini R. Epidemiologic survey of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2002;16(2):103-8.
- Nitrini R, Caramelli P, Herrera-Jr E, Bahia VS, Caixeta LF, Radanovic M, et al. Incidence of dementia in a community-dwelling Brazilian population. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2001;18(4):241-6.
- Cooper S, Greene JD. The clinical assessment of the patient with early dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2005;76(5):15-24.
- Vega UM, Marinho V, Engelhardt E, Laks J. Neuropsychiatric symptoms in dementias: preliminary report of a prospective outpatient evaluation in Brazil. *Arq Neuropsiquiatr*. 2007;65(2B):498-502.
- Omeland C. Approach to managing behavioural disturbances in dementia. *Can Fam Physician*. 2006;52:191-9.
- IPA, Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) Educational Pack, in International Psychogeriatric Association. 2002.
- McKeith I, Cummings J. Behavioural changes and psychological symptoms in dementia disorders. *Lancet Neurol*. 2005;4(11):735-42.
- Vale FAC, Guarnieri R, Libon M, Balieiro-Jr AP, Silva-Filho JH, Miranda SJC. Reports by caregivers of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Dement Neuropsychol*. 2007;1:97-103.
- Veras RP, Caldas VCP, Dantas SB, Sancho LG, Sicsú B, Mott LB, et al. Avaliação dos gastos com o cuidado do idoso com demência. *Rev Psiquiatr Clin*. 2007;35(1):5-12.
- Starling RR, Ireno EM. Acompanhamento terapêutico e transtorno obsessivo-compulsivo: estudo de caso. In: Zamboni DR, Kovac R, Vermes JS. A clínica de portas abertas. Santo André: ESETec; 2007. p. 329-43.
- Miller BL, Darby AL, Swartz JR, Yener GG, Mena I. Dietary changes, compulsions and sexual behavior in frontotemporal degeneration. *Dementia*. 1995;6:195-9.
- Mendez MF, Perryman KM, Miller BL, Swartz JR, Cummings JL. Compulsive behaviours as presenting symptoms of frontotemporal dementia. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 1997;10(4):154-7.
- Stein DJ, Laszlo B, Marais E, Seedat S, Potocnik F. Hoarding symptoms in patients on a geriatric psychiatry inpatient unit. *SAMJ*. 1997;87(3):1138-40.
- Gregory CA. Frontal variant of frontotemporal dementia: a cross-sectional and longitudinal study of neuropsychiatric features. *Psychol Med*. 1999;29(5):1205-17.
- Rosso SM, Roks G, Stevens M, Koning I, Tanghe HJ, Kamphorst W, et al. Complex compulsive behaviour in the temporal variant of frontotemporal dementia. *J Neurol*. 2001;248(11):965-70.
- Snowden JS, Bathgate D, Blackshaw A, Gibbons ZC, Neary D. Distinct behavioural profiles in frontotemporal dementia and semantic dementia. *JNNP*. 2001;70:323-32.
- Mendez MF, Perryman KM. Neuropsychiatric features of frontotemporal dementia: evaluation of consensus criteria and review. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2002;14(4):424-9.
- Marx MS, Cohen-Mansfield J. Hoarding behavior in the elderly: a comparison between community-dwelling persons and nursing home residents. *Int Psychogeriatr*. 2003;15(3):289-306.
- Mendez MF, Shapira JS, Miller BL. Stereotypical movements and frontotemporal dementia. *Mov Disord*. 2005;20(6):742-5.
- Mendez MF, Shapira JS, McMurray A, Licht E. Preliminary findings: behavioral worsening on donepezil in patients with frontotemporal dementia. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007;15(1):84-7.
- Vuilleumier P, Staub F, Assal G. Sniffing behaviour, or recognizing a lily by smell, but not recognizing a sock on sight. *Cortex*. 1997;33(3):571-7.
- Ohara K, Takauchi S, Kokai M, Morimura Y, Nakajima T, Morita Y. Familial dementia with Lewy bodies (DLB). *Clin Neuropathol*. 1999;18(5):232-9.
- Trapler B. Treatment of obsessive-compulsive disorder using clomipramine in a very old patient. *Annals of Pharmacotherapy*. 1999;33(6):686-90.
- Byard RW. Coprophagic Cafe Coronary. *Am J Forensic Med Pathol*. 2001;22(1):96-9.
- Lough SH, Hodges JR. Measuring and modifying abnormal social cognition in frontal variant frontotemporal dementia. *J Psychosom Res*. 2002;53:639-46.
- Honing LS, Bell K, Chin SS. Frontotemporal dementia. *Aging Knowl Environ*. 2003;(13):dn1.
- Rico AR, Gil Verona JA, Macias Fernandez JA. A case of obsessive-compulsive symptom in Huntington's disease. *Actas Esp Psiquiatr*. 2003;31(6):360-70.
- Fuentes P, Slachevsky A, Reyes P, Cartier L. Demencia frontotemporal no familiar y epilepsia generalizada. *Arq Neuropsiquiatr*. 2005;63(4):1016-20.
- Marelli C, Piacentini S, Garavaglia B, Girotti F, Albanese A. Clinical and neuropsychological correlates in two brothers with pantothene kinase-associated neurodegeneration. *Mov Disord*. 2005;20(2):208-12.
- Termine C, Uggetti C, Veggiotti P, Balottini U, Rossi G, Egitto MG, et al. Long-term follow-up of an adolescent who had bilateral striatal necrosis secondary to Mycoplasma pneumoniae infection. *Brain Dev*. 2005;27(1):62-5.

35. Karnik NS, D'Apuzzo M, Greicius M. Non-fluent progressive aphasia, depression, and OCD in a woman with progressive supranuclear palsy: neuroanatomical and neuropathological correlations. *Neurocase*. 2006;12:332-8.
36. Porter AB, Healy L, Foster NL, Josephs KA. Compulsive urination as a presenting symptom of frontotemporal dementia. *Eur J Neurol*. 2007;14(8):16-7.
37. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189-98.
38. Huges CP, Berg L, Danziger WL, Coben LA, Martin RL. A new clinical scale for the staging of dementia. *Brit J Psychiat*. 1982;140:566-72.
39. Goodman WK, Lawrence HP, Ramussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: II. Validity. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46(11):1006-11.
40. Goodman WK, Lawrence HP, Ramussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use and reliability. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46(11):1012-6.
41. Cummings JL, Mega M, Gray K, et al. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*. 1994;44(12):2308-14.
42. Torres AR, Lima MCP. Epidemiologia do transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27(3):237-42.
43. Torres AR, Smaira SI. Quadro clínico do transtorno obsessivo-compulsivo. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23(supl II):6-9.
44. Fontenelle L. Aspectos neuropsicológicos do transtorno obsessivo-compulsivo. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23(supl II):27-30.
45. Lacerda ALT, Dalgalarondo P, Camargo EE. Achados de neuroimagem no transtorno obsessivo-compulsivo. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23:24-7.
46. Friedlander L, Desrocher M. Neuroimaging studies of obsessive-compulsive disorder in adults and children. *Clin Psychol Rev*. 2006;26:32-49.
47. Pujol J, Soriano-Mas C, Alonso P, Cardoner N, Menchón JM, Deus J, et al. Mapping structural brain alterations in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61(7):720-30.
48. Torresan RC, Smaira SI, Ramos-Cerqueira ATA, Torres AR. Qualidade de vida no transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. *Rev Psiq Clín*. 2008;35(1):13-9.